

DES PSYCHOSES

liées aux affections aiguës

DE L'OREILLE MOYENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Novembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri RICHARD

Ancien Externe et ancien Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon.

Ancien Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne.

Né à Saint-Michel-de-Maurienne, le 25 Août 1882.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1909

DES PSYCHOSES

liées aux affections aiguës

DE L'OREILLE MOYENNE

DES PSYCHOSES

liées aux affections aiguës

DE L'OREILLE MOYENNE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 27 Novembre 1909

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri RICHARD

Ancien Externe et ancien Interne suppléant des Hôpitaux de Lyon.

Ancien Interne des Hôpitaux de Saint-Etienne.

Né à Saint-Michel-de-Maurienne, le 25 Août 1882.



LYON
IMPRIMERIES RÉUNIES

8, RUE RACHAIS, 8

—
1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ DOYEN.
J. COURMONT ASSESSEUR.

DOYEN HONORAIRE
M. LORTET.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, MONOYER, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Physique médicale.		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.		POLLOSSON (A.).
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie.		X...
Anatomie générale et Histologie.		BEAUVISAGE.
Physiologie		GUIART.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		RENAUT.
Anatomie pathologique		MORAT.
Médecine opératoire.		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.		COLLET.
Médecine légale.		PAVIOT.
Hygiène.		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique.		ARLOING.
Pharmacologie		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires.	ROCHET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Propédeutique chirurgicale	MM. BERAUD,	agrégé
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN,	—
Chirurgie infantile.	NOV ^e -JOSSEURAND,	—
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Matière médicale	MOREAU,	—
Embryologie.	REGAUD,	—
Anatomie topographique.	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LÉPINE.	LATARJET, ch...
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	BÉRIEL, ch...
COURMONT (P.)	GAYET.	MARTIN (Et.).	BRETIN, ch...
CHATIN.	MOREL.	LAROYENNE.	THEVÉNOT, ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE.	VORON.	
TIXIER.	PATEL.	NOGIER.	

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LANNOIS, Président ; M. P. COURMONT, Assesseur ;
MM. PATEL et BÉRIEL, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

HOMMAGE
A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE
ET
A MON PÈRE

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANNOIS

Professeur adjoint d'otorhinolaryngologie à la Faculté,
Médecin des hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LYON

MM.

JABOULAY, professeur de clinique chirurgicale.

BÉRARD, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

COLLET, professeur de pathologie générale, médecin des hôpitaux.

CHATIN, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux.

LYONNET, médecin des hôpitaux.

MOLLARD, médecin des hôpitaux.

GALLAVARDIN, médecin des hôpitaux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE SAINT-ÉTIENNE

MM.

VIANNAY, chirurgien des hôpitaux.

MOREAU, médecin ophtalmologiste des hôpitaux.

GEREST, médecin des hôpitaux.

*Nous adressons nos remerciements à MM. P. COURMONT, PATEL,
BÉRIEL, qui ont bien voulu faire partie de notre jury.*

INTRODUCTION

On connaît les hallucinations auditives conscientes consécutives à une affection auriculaire; leur fréquence et l'évidence des relations qui les unissent à la maladie de l'oreille ont suscité de nombreux travaux après lesquels il ne reste plus rien à écrire. Pour ne parler que des auteurs français, les articles de Mairét (1), Régis (2), Ball (3), Ballet (4), Lannois (5), sont classiques; ce dernier trouve à l'asile de Bron, sur 19 sourds, 15 présentant des hallucinations auditives, et d'autre part chez 26 hallucinés

(1) MAIRET. — Des sensations auditives comme cause d'illusions. (*Montpellier médical*, avril et mai 1876.)

(2) E. RÉGIS. — Des hallucinations unilatérales. (*L'Encéphale*, 1881, p. 43.)

(3) B. BALL. — Considérations sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe consécutives à une otite moyenne avec perforation du tympan. (*Académie de médecine*, 21 février 1882, d'après *Bulletin*, 1882, p. 145; *L'Encéphale*, 1882, p. 1.)

(4) BALLET. — Hallucinations auditives conscientes à la suite de troubles de l'ouïe. (*Archives générales de méd.*, 1888, I, p. 257.)

(5) LANNOIS. — Lésions de l'appareil auditif et tr. psychiques. (*Revue de laryngol.*, 1887, n° 12.)

non sourds en remarque 14 ayant des lésions de l'oreille. Le rapport et les mémoires de Séglas (1) sont venus donner un regain d'actualité à cette question.

Il en est de même de l'état mental des sourds, de celui des vertigineux auriculaires, bien étudié par Rouzaud (2), et des psychopathies observées dans les surdités chroniques sèches ou dans les affections de l'oreille externe, dont Baillarger (3) rapporta un cas dès 1846.

Par contre, on connaît plus mal les psychoses, soit généralisées, telles que la manie, la mélancolie, la confusion mentale, soit systématisées comme le délire de persécution, survenant sous la seule influence d'affections aiguës de l'oreille moyenne et cessant complètement avec la guérison de l'otite.

Ces troubles psychiques sont rares, et intéressants du fait qu'ils guérissent totalement, parfois même après un internement dans un asile. Nous en avons réuni 20 cas.

A ces observations nous en ajoutons une, inédite, de confusion mentale aiguë liée à une mastoïdite, due à M. le professeur Lannois, observation qui a été le point de départ de notre thèse.

Avant d'aborder notre sujet, qu'il nous soit permis de

(1) SÉGLAS. — Pathogénie et physiologie pathologique de l'hallucination de l'ouïe. (Rapport au 7^e Congrès des aliénistes, Nancy, 1896.)

Les hallucinations unilatérales. (*Annales médico-psychologiques*, de mai à décembre 1902.)

(2) J. ROUZAUD. — De l'état mental dans le vertige auriculaire. (Th. de Lyon, décembre 1906.)

(3) J. BAILLARGER. — Des hallucinations, des causes qui les produisent, etc. (*Mémoires de l'Académie de médecine*, 1846, tome XII, p. 272. Obs. p. 302.)

remercier M. le professeur Lannois pour l'observation que nous lui devons et pour l'insigne honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

Nous remercions aussi le docteur Jacod qui a bien voulu nous guider dans notre travail et dont un article en cours de publication nous a rendu faciles les recherches bibliographiques.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les psychoses liées aux affections aiguës de l'oreille moyenne furent connues bien après les hallucinations conscientes de l'ouïe et les psychoses liées aux otites chroniques sèches.

Gellé (1) fut, à notre connaissance, le premier auteur qui en donna une observation intéressante en 1875.

Peu à peu les observations se multiplièrent, une à une, avec des considérations qui témoignent chez les auteurs de la curiosité que ces psychoses leur inspiraient. En France, ce fut Bouchut (2), dès 1877-1878, puis Boucheron (3), Vacher (4), Stanculéanu et Baup (5), Toubert (6);

(1) GELLÉ. — *Tribune médicale*, 21 mars 1875.

(2) BOUCHUT. — Du délire et de la folie produits par les maladies de l'oreille interne. (*Gaz. des Hôpitaux*, 30 octobre 1877.)

De l'otite et du sulfate de quinine dans les névroses mentales et convulsives de l'enfance par lésion de l'oreille. (*Gaz. des Hôpitaux*, 19 novembre 1878.)

(3) BOUCHERON. — Folie mélancolique et autres troubles mentaux dépressifs dans les affections otopésiées de l'oreille. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 14 nov. 1887, p. 759.)

(4) L. VACHER. — Note sur un cas d'otite moyenne double avec accidents cérébraux. (*Revue de laryngol., d'otol. etc.*, 15 juin 1895; Communication à la Soc. franç. d'otol., mai 1895.)

(5) STANCULÉANU et BAUP. — Contribution à l'étude des relations de la confusion mentale avec les maladies infectieuses. (*Progress méd.*, 23 sept. 1899.)

(6) J. TOUBERT. — Influence de la cure des otites suppurées sur

en Allemagne, Schüle (1), Urbantschitsch (2), qui en rapportent chacun un cas dans leurs traités, puis Furstner (3), Biehl (4); en Italie, Cozzolino (5) et Pettazzi (6); Rhyss Williams (7), en Angleterre, et Catlett (8), en Amérique, qui en donnent tous deux une observation dès 1877; Schiffers (9), en Belgique; Schemiegelow (10), en Danemark.

Comme monographie, nous n'en connaissons aucune

certaines affections concomitantes. (*Annales des maladies de l'oreille*, etc., mai 1904.)

(1) SCHÜLE. — *Handbuch der Geisteskrankheiten*. (Leipzig, 1878, p. 296.)

(2) V. URBANTSCHITSCH. — *Traité des mal. de l'oreille*. Traduction de R. Calmettes, Paris, 1881, p. 447.

(3) FÜRSTNER. — *Ueber psychische Störungen bei Gehörkrankheiten*. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 30 avril 1893; communication au 15^e Congrès des aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest, session de Karlsruhe, 21 et 22 oct. 1882.)

(4) BIEHL. — *Melancolische Wahnideen als Folge eines otitischen Extraduralabscesses*. (7^e réunion de la Soc. allem. d'otologie, à Würzburg, les 27 et 28 mai 1908; d'après *Arch. f. Ohrenheilk*, XLV, 1898, p. 128.)

(5) COZZOLINO. — *Contribution à la clinique des folies sensibles acoustiques*. (*Comptes rendus du 4^e Congrès intern. d'otologie*, tenu à Bruxelles, séance du 11 sept. 1888, p. 137.)

(6) A. PETTAZZI. — *Contributo allo studio delle allucinazioni acustiche in rapporto colle alterazioni dell'apparato uditivo periferico*. (*Archivio ital. di otol.*, 1900, X, 4, p. 385.)

(7) W.-RHYSS WILLIAMS. — *Insanity associated with an abscess connected with the ear. Cured by opening the abscess*. (*The Lancet*, 28 avril 1877.)

(8) G. CATLETT. — *The frequent association of disease of the ear with insanity*. (*American Journ. of insanity*, July, 1877, XXXIV, p. 92.)

(9) SCHIFFERS. — *Annales de la Société médico-chirurg. de Liège*, XXIII, janvier 1884, p. 37.)

(10) SCHEMIEGELOW. — *De l'aliénation, des mouvements forcés et autres névroses réflexes, accosionnées par les maladies de l'oreille moyenne*. (*Rev. mens. de laryngol., d'otol.*, VII, 1^{er} août. 1887.)

qui ait trait uniquement aux psychoses dans les affections aiguës de la caisse. Par contre, il faut signaler, parmi celles qui se sont un peu occupées de la question, la thèse d'agrégation d'Albert Robin (1), qui rapporte deux observations nouvelles, de Brown Séquard et de Doutrebente; les thèses de Lyon de P. Robin (2); de Clair (3) et surtout la thèse de doctorat de Jacques (4), élève de Régis, qui étudie plutôt les hallucinations conscientes et les psychoses liées aux corps étrangers ou aux otites chroniques sèches. Nous avons déjà dit que nous avons fait de larges emprunts à un article en cours de publication de M. le docteur Jacod sur le même sujet.

(1) ALBERT ROBIN. — Des affections cérébrales consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif. (Thèse d'agrégation, 1883, 2, n° 14.)

(2) P. ROBIN. — Essai sur les tr. psychiques consécutifs aux maladies de l'oreille. (Thèse de doctorat, Lyon, 24 mai 1884.)

(3) CLAIR. — Etude sur les lésions de l'oreille chez les aliénés. (Th. de doctorat, Lyon, 1891.)

(4) L. JACQUES. — Des accidents psychiques liés aux maladies de l'oreille et de ses annexes. (Th. de doctorat, Bordeaux, février 1905.)

CHAPITRE II

SYMPTOMES ET OBSERVATIONS

Les psychoses liées aux affections aiguës de l'oreille moyenne sont très diverses, ainsi que vont le montrer nos observations. Nous les grouperons, suivant l'usage classique, en psychoses généralisées et psychoses systématisées.

I. — OBSERVATIONS DE PSYCHOSES GÉNÉRALISÉES

Celles-ci sont de beaucoup les plus nombreuses, puisqu'elles représentent 19 cas sur les 21 que nous rapportons; parmi elles, la plus fréquente est la confusion mentale aiguë, avec 8 observations, contre 4 observations de manie et 6 de mélancolie aiguës.

A. — *Observations de confusion mentale aiguë.*

Nous retrouvons ici les principales variétés de la confusion mentale aiguë, sauf la forme méningitique ou délire aigu. La plus fréquente est la forme hallucinatoire (6 observations, parmi lesquelles celle inédite due à M. le professeur Lannois), probablement à cause de l'étiologie auriculaire de la psychose. Il faut toutefois remarquer

que les hallucinations ne précèdent pas le délire, ce qui est important pour la pathogénie de ce dernier.

Dans une seule observation (obs. VII) on est en présence d'une confusion mentale aiguë avec stupidité. Le malade, en état comateux, va sous lui, paraît étranger à tout ce qui l'entoure, ne boit que lorsqu'on lui présente un verre et garde l'attitude pseudo-cataleptoïde.

Enfin, la dernière observation (obs. VIII) a trait à une confusion mentale avec phénomènes asthéniques et parétiques, le tout ressemblant à une paralysie générale à forme démente simple, puisque le malade était considéré comme un paralytique général. On sait d'ailleurs combien ce diagnostic peut réclamer une grande attention, ainsi que Ségla's l'a montré dans une de ses leçons cliniques. Nous aurions voulu ajouter à cette dernière observation celle de Hirtz, qui est signalée à la bibliographie de la thèse d'A. Robin, sous une indication inexacte (1), car nous n'avons pu la retrouver.

OBSERVATION I (in extenso)

GELLÉ. — *Tribune médicale*, 21 mars 1875, p. 292.

J..., gros garçon de 5 ans, va à l'école assez loin de son logis par les neiges de janvier. Il rentre malade, vomit abondamment, et une fièvre assez intense s'empare de lui ; début brusque et violent.

Le deuxième jour, je suis appelé. La chaleur fébrile est énorme ; la face est vultueuse, colorée ; constipation, plaintes,

(1) HIRTZ. — Paralysie générale à rémission causée par une otorrhée purulente. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 1881.)

insomnie totale. J'ausculte l'enfant, et je trouve un souffle tubaire au sommet droit, avec matité ; pas de râles nulle part, peu d'oppression, pas de toux, pas de crachats. Le petit malade boit et vomit. Fumigations auprès du lit de l'enfant, potion digitale stibiée, vésicatoire sur l'épaule droite, boissons *ad libitum*.

Le troisième jour, la nuit a été terrible, l'agitation continue. Je constate cependant une diminution évidente de la fièvre et une détente générale dans les symptômes ; l'enfant ne vomit plus.

Le quatrième jour, l'état pulmonaire est certainement meilleur et je pense à une résolution prochaine de la pneumonie. Mais la nuit est très mauvaise ; crises d'agitations et de pleurs, plaintes et cris. L'enfant cherche à fuir de son lit ; la fièvre est redevenue intense. Sa mère est surtout effrayée de ce délire avec agitation extrême, peurs, cris de douleur, etc. L'enfant a mal à la tête et au ventre.

J'assiste le cinquième jour à une crise, et l'idée de méningite vient me heurter l'esprit. L'enfant s'agite, sa face rougit ; il crie, et sa figure exprime la souffrance ; il cherche à sortir de son lit, comme poussé par une frayeur. Il paraît s'assoupir quelques instants, puis le paroxysme se répète. Le petit malade se cramponne à sa mère comme dans la crainte de tomber, comme s'il était pris de vertige ; il a peur ; il pousse des plaintes, tantôt exprimant la crainte, tantôt la douleur. Certes, ce n'est pas le cri aigu de la méningite tuberculeuse.

D'où vient cette apparence de lutte ? Est-ce le délire qui agite l'enfant ? Est-ce le vertige qui lui cause la peur ? Ces questions assiègent mon esprit.

Les signes locaux de la pneumonie ont totalement disparu et je ne trouve plus dans le thorax l'explication du délire actuel.

Je préviens la famille de surveiller la venue d'un écoulement d'oreilles, que j'attends comme annonce de soulagement pour le malade. Traitement : calomel et opium, à doses ré-

fractées ; potion au bromure de K, la nuit ; fumigations, vésicatoire derrière chaque oreille sur l'apophyse mastoïde.

Neuvième jour. — Même nuit de crises, d'agitation et de douleurs. Ce matin, l'enfant, plus éveillé, montre les côtés de sa tête comme siège de son mal. Les vésicatoires ont bien pris.

Dixième jour. — Agitation, craintes de tomber, peur, mais sensiblement atténués. Le matin au lever, écoulement abondant de sérosité purulente par l'oreille droite. L'enfant a pu dormir deux heures sans crises (c'est la première fois depuis 6 jours et 6 nuits). Il cause et reconnaît son monde. La douleur a disparu.

La montre est entendue sur la bosse frontale droite ; elle est également perceptible lorsqu'on la colle à l'orifice du méat.

Onzième jour. — L'amélioration est évidente. Le sommeil a été assez calme dans la nuit ; il n'y a plus de crises. L'écoulement est abondant. Néanmoins, le redoublement fébrile nocturne n'est pas entièrement disparu, et j'en conclus que l'oreille gauche est aussi en travail de suppuration. Cependant, c'est le dix-huitième jour seulement que l'écoulement apparaît de ce côté.

Dès lors, convalescence rapide et franche.

Les tympans, examinés un mois après cette maladie grave, offraient à la vue des cicatrices arrondies, ponctuées, déprimées en godet. L'audition est excellente par la voie osseuse, mais l'enfant n'entend encore qu'à 4 ou 5 centimètres par la voie aérienne.

OBSERVATION II (in extenso)

BOUCHUT. — Du délire et de la folie produits par les maladies de l'oreille interne. (*Gaz. des Hôpitaux*, 30 octobre 1877.)

Il y a deux ans passés, au mois de novembre, je fus mandé auprès d'un enfant de 6 ans, que les parents étaient fort

alarmés d'avoir vu cinq ou six fois de suite pris d'accès subit de délire présentant des caractères de folie : perte complète de mémoire, délire aigu, frappant, battant ses parents, qu'il ne reconnaissait plus, criant, battant et brisant des meubles dans l'appartement, s'adressant aux murailles qu'il prenait pour des êtres vivants.

L'accès était sans fièvre appréciable, durait quelques heures et prenait dans la seconde partie de la nuit aussi bien qu'en jour. L'accès fini, l'enfant redevenait calme et récupérait toute sa connaissance, ne se plaignant que d'un peu de mal de tête.

Je ne pouvais attribuer cet état à une méningite, ni à un état épileptique : l'enfant s'étant toujours bien porté et n'ayant eu jusqu'alors aucun symptôme nerveux.

En questionnant les parents, j'appris que l'enfant avait été exposé à un des premiers froids vifs de la saison, et que, depuis trois mois, à la suite d'une fraîcheur prise dans les bois pendant une promenade, il avait un fort catarrhe de l'oreille droite, catarrhe qui avait été supprimé par la dernière exposition au froid. Bien que le cas fut singulier et quelque peu complexe, une partie des symptômes pouvait s'expliquer par l'otite et la myringite consécutive : l'enfant présentait une acuité d'audition fort remarquable, ce qui me conduisit à penser à la possibilité d'une exagération violente de l'impression transmise au nerf auditif ; du reste, toute la région du cou était fort sensible avec des points d'exacerbation (sous-maxillaire, temporal, sous-occipital). Je crus me trouver en face d'une névralgie intense, portant l'enfant au délire avec l'appareil de la folie. Dès lors, je n'hésitai pas à rassurer la famille et à faire au petit patient, soir et matin, une injection de morphine de 2 *milligrammes* chaque fois ; un vésicatoire fut placé sur l'apophyse mastoïde, et l'on fit des injections émollientes dans le conduit auditif. Trois jours après le traitement : calme complet, rétablissement de l'écoulement, que je fais cesser peu à peu d'une façon méthodique. J'ai revu, dans le mois, l'enfant quatre à cinq fois ; plus tard, je le vis se promenant dans le quartier.

L'hiver passé, je le perdis de vue, et comme les parents m'avaient payé à chaque visite, je n'ai même pu garder leur nom.

OBSERVATION III (résumée)

W.-RHYSS WILLIAMS. — Insanity associated with an abcess connected with the ear. Cured by opening the abcess. (*The Lancet*, 28 avril 1877.)

Un homme de 36 ans, marié, laborieux et sobre, avait toujours joui d'une bonne santé. Trente jours avant son admission à l'hôpital, il était devenu morose, abattu, et son langage était *incohérent*. Il s'imaginait à chaque instant qu'il était occupé à faire partir des fusées d'artifice au château d'Edimbourg. Toute la journée il tempêtait et blasphémait, disant qu'il *voyait des diables*, et que tous ses actes étaient influencés par un pouvoir électrique. Toutes les nuits, il était agité, bruyant, et privé de sommeil.

C'est dans cet état qu'il entra à l'hôpital. Au bout de quelques jours, il était plus calme, mais demeurait silencieux, refusant de répondre à aucune question. Au bout de quinze jours, il devint de nouveau excité, gesticulant et *s'adressant à lui-même des paroles incohérentes*. La santé générale était bonne, mais il était pâle et maigre. Ceci se passait en février 1876. En novembre, on constata un écoulement purulent abondant par l'oreille gauche. D'après le malade, cet écoulement remontait à plusieurs mois : l'ouïe ne paraissait pas atteinte. Peu à peu, un empâtement diffus se déclara au niveau de l'apophyse mastoïde ; il envahit bientôt la portion écailleuse du temporal. Lorsqu'on pressait sur cette dernière région, l'écoulement devenait plus abondant. Le gonflement augmenta de plus en plus pendant un mois ; mais le malade était tellement violent et irascible, qu'il était impossible de l'examiner sérieusement.

Le 13 décembre, l'abcès fut ouvert et la raison revint aus-

sitôt. L'écoulement par l'oreille disparut complètement. Quinze jours plus tard on agrandit l'incision. La première opération avait été faite à la partie la plus déclive, la deuxième avait pour but de remédier à la tendance qu'avait la plaie à se refermer. L'exploration ne révéla aucune dénudation osseuse. Il n'y eut pas de surdité consécutive.

OBSERVATION IV (in extenso)

George C. CATLETT. — The frequent association of disease of the ear with insanity. (*American Journ. of insanity*, 34, July, 1877-1878; obs. p. 95.)

Femme S... G., âgée de 43 ans ; pas d'antécédents héréditaires au point de vue folie. Elle possède une bonne santé et une constitution solide ; est la mère de 8 enfants. La seule maladie ayant précédé la folie a été une forme sévère de cataracte nasal et une otite moyenne, qui ont persisté quelque temps encore après l'admission à l'asile. Elle a souffert considérablement de l'affection simultanée de l'oreille et du nez. Elle a oscillé pendant quelques semaines entre un délire violent et de la manie aiguë, sans que l'un soit plus fréquent que l'autre, avec des *hallucinations de l'ouïe*, qui la prévenaient de fuir un danger menaçant. Sa complète guérison est survenue de pair avec la guérison de son affection auriculaire et nasale.

OBSERVATION V (in extenso)

J. TOUBERT. — Influence de la cure des otites suppurées sur certaines affections concomitantes. (*Annales des maladies de l'oreille*, etc., mai 1904.)

R... Marie, en traitement à Villejuif (service de M. Toulouse). Le certificat d'internement signé le 26 novembre 1902;

par M. Magnan, porte « dégénérescence mentale, hallucinations multiples, alternatives d'excitation et de dépression » et une note plus détaillée, fournie par M. Toulouse, dit que « lorsque R... vint à l'asile, elle présentait des phénomènes de confusion dans les idées, s'accompagnant d'agitation et d'excitation très marquées ; elle avait des hallucinations terrifiantes, criait. Son état nécessita son placement à la section des grandes agitées ».

Passé otologique inconnu. Le 6 décembre, elle est envoyée au pavillon de chirurgie, dans le service de M. Picqué, pour une suppuration aiguë de la région parotidienne gauche gagnant la paupière supérieure, qui fut incisée le 7. La malade est très anxieuse, pousse des gémissements et ne répond à aucune question. Ultérieurement on constate une suppuration par le conduit auditif, et M. Picqué est amené à faire le 10 janvier 1903 une atticotomie. Trois abcès, à distance, à allures d'abcès métastatique, évoluent : l'un très gros, sur la paroi thoracique antérieure, deux autres plus petits, à la région deltoïdienne ; ils furent incisés le 22 janvier.

Le 3 février, à la demande de M. Picqué, qui me fait l'honneur de m'appeler en consultation, j'examine la malade. Je trouve une première fistule peu apparente le long du bord postérieur du maxillaire et une deuxième répondant à la partie supérieure du sillon auriculo-mastoïdien. OEdème notable de la région carotidienne supérieure. Suppuration très abondante par la fistule rétro-auriculaire, et par le conduit auditif. Etat mental stationnaire.

Opération sous le chloroforme. Incision classique dans le sillon. Rugination, trépanation au lieu d'élection ; en quatre coups de ciseau on atteint l'antra : il est rempli de fongosités. Hémorragie assez abondante en nappe, qui cesse aussitôt le nettoyage terminé. Exploration de la cavité antrale : parois solides partout ; cavité très étendue surtout en bas. Abrasion à la pince-gouge de la paroi externe de cette cavité.

Diminution rapide de la suppuration. Peu à peu, toutes les fistules se ferment et le 3 mars, la malade quitte le pavillon. En fin juin 1903, l'oreille est absolument guérie.

Dès l'opération, les troubles mentaux ont changé de caractère, puis ils ont peu à peu rétrogradé, et dans une note en date du 26 mars, adressée à M. Picqué, M. Toulouse, qui avait repris la malade dans son service, décrivait ainsi les diverses phases de l'amélioration survenue. « Le 3 mars, R... revint du pavillon de chirurgie dans un état mélancolique de dépression. Il n'y avait pas d'idées délirantes bien accusées, mais on relevait un fond de tristesse. La malade répondait à peine aux questions, ayant l'attitude de flexion, Le 11 au matin, à la visite, R... parla et répondit aux questions comme une personne normale ; elle souriait et ne paraissait plus triste. L'infirmière de la salle, interrogée, répondit que la guérison de l'état mental avait semblé survenir brusquement la veille. Il y avait un changement complet dans son état mental avec les jours précédents.

« Depuis lors, l'amélioration mentale s'est maintenue. R... semble à peu près revenue à son état normal. »

OBSERVATION VI (inédite)

(Due à l'obligeance de M. LANNOIS.)

Femme, 35 ans. Pas d'antécédents héréditaires ou personnels nerveux bien marqués. Bonne santé habituelle.

Au début de septembre 1908, elle se plaint de sensation anormale avec plénitude dans l'oreille gauche, sans douleurs, et voit un otologiste, qui trouve une otite subaiguë avec épanchement catarrhal, propose la paracentèse sans insister, et formule un traitement médical.

Vers le 15 novembre, à la suite d'un état grippal, elle éprouve de vives souffrances dans la même oreille, et constate au bout de trois ou quatre jours un écoulement de ce côté.

Elle est soignée à ce moment par son médecin qui lui donne le traitement classique.

Pendant un mois, rien d'anormal. Vers le 15 décembre, il se produit quelques symptômes mastoïdiens : fièvre, douleurs rétro-auriculaires. Le 22, comme cet état persiste et tend même à s'aggraver, consultation avec un confrère de la région; la malade a de la température, souffre de la tête, mais on ne constate pas d'empâtement marqué du côté de la mastoïde et en tous cas aucun signe cérébral ; l'écoulement se fait mal. On décide de tenir la malade en observation.

Le 25 au soir, celle-ci présente brusquement des symptômes délirants, avec fièvre élevée, hallucinations et visions étranges, le tout donnant le tableau d'une confusion mentale aiguë hallucinatoire. Le lendemain soir, le médecin constate que l'agitation a disparu et a fait place à un état demicomateux avec *aphasie* et *paralysie du côté droit* ; la fièvre persiste.

Le lendemain, 27, au soir (D^r Lannois), la malade ne présente plus d'aphasie ni de paralysie ; elle n'est plus agitée. Elle paraît surtout indifférente à tout ce qui l'entoure, envers les siens qu'elle ne semble plus aimer, envers elle-même et sa maladie : elle répète qu'il est inutile de l'examiner, qu'on se dérange beaucoup autour d'elle, alors qu'elle n'a qu'à mourir tranquillement, qu'elle est même déjà morte, et que c'est une folie de vouloir l'opérer, puisqu'elle n'a rien d'opérable. L'écoulement de l'oreille se fait avec difficulté, il existe de la fièvre, de la céphalée, et un empâtement diffus bien que peu marqué de la région mastoïdienne.

Le 28, trépanation mastoïdienne. Pas d'infiltration des parties molles ni du périoste ; on trouve un ancre plein de pus situé très profondément et très haut, contre la gouttière du sinus latéral.

Les suites opératoires ont été très simples du côté de la mastoïde et de l'oreille. Quant aux troubles psychiques de confusion avec indifférence, ils ont duré encore jusqu'au premier pansement : la malade disait qu'elle n'avait pas été

endormie, qu'on avait fait un simulacre et qu'on lui avait par jeu enveloppé la tête d'un pansement. Elle fait l'impression d'être dans un état de rêve et de se voir elle-même par une sorte de dédoublement. Le jour même du premier pansement, elle s'est rendu compte de sa maladie d'oreille, a montré de l'affection pour les siens, a retrouvé son activité et son amabilité habiutelles, tout en conservant de l'amnésie pour ce qui lui était survenu pendant la période des troubles mentaux.

La convalescence s'est effectuée normalement.

Elle a été revue quatre mois après. On constate à ce moment une perforation tympanale dans le quadrant postéro-inférieur, et un peu d'écoulement survenu depuis deux jours, après un coryza. Les phénomènes psychiques n'ont pas apparu à nouveau depuis l'opération. Traitement médical.

Revue encore en septembre dernier, parce qu'elle avait présenté, à la fin de juillet, une sorte de congestion avec douleurs de tête, difficulté pour regarder la lumière, pour lire, et qu'elle avait senti quelques battements dans l'oreille. A ce moment, rien d'anormal à l'examen. Pas d'albumine dans les urines. La confusion mentale aiguë ne paraît pas avoir laissé de reliquats.

OBSERVATION VII (in extenso)

STANCULÉANU et BAUP. — Contribution à l'étude des relations de la confusion mentale avec les maladies infectieuses. (*Progrès médical*, 23 septembre 1899.)

M. René, 27 ans, garçon boucher, entre le 17 juin, dans le service de M. Brissaud.

Comme antécédents héréditaires, on note que le père est mort à 60 ans, de paralysie ; du côté maternel, des tares nerveuses très chargées.

Dans l'enfance, il faut noter qu'il aurait eu un abcès de l'oreille droite, mais guérison rapide, sans aucune consé-

quence. Reconnaît être éthylique : boit du vin et des essences ; depuis longtemps il a des cauchemars, dans lesquels il voit des bêtes, tombe dans des précipices, lourdeurs de tête persistantes. Quelques jours avant l'affection actuelle, s'est senti particulièrement fatigué, les cauchemars augmentaient ainsi que la lourdeur de tête, en outre, présentait des étourdissements.

Une nuit, les phénomènes d'excitation redoublent, le malade veut se jeter par la fenêtre. Cette période persiste jusqu'au lendemain, quand on amène le malade dans le service de M. Brissaud : là, reste quelques jours dans un état de profonde torpeur ; mais, néanmoins, sort de l'hôpital et essaie de reprendre le travail. Pendant les quelques jours qu'il a passés à l'hôpital, on a remarqué sur tout le corps une rougeur diffuse présentant les caractères de la scarlatine, mais on n'y a pas attaché d'abord une grande importance. Dehors, le malade ne peut pas travailler, est obligé de rentrer de nouveau dans le service de M. Brissaud, le 5 juillet.

A ce moment on note : état comateux, facies congestionné, ne répondant pas aux questions. Exécute les mouvement qu'on lui indique, mais il faut provoquer ses actes, sinon la passivité est la dominante de l'état actuel. Quand on essaye de le faire répondre, il fait de vains efforts et cherche ses mots. Ne reconnaît pas les gens qui l'entourent et qu'il a l'habitude de voir, paraît constamment dans le rêve. Par instants, quelques impulsions incohérentes, mais sans violence. Le malade va sous lui, ne boit que quand on lui présente le verre. Paraît étranger à tout ce qui l'entoure. Attitude pseudo-cataplectoïde. Ce qui domine dans son état, somme toute, c'est la torpeur, la passivité, la difficulté à chercher ses mots. On remarque à ce moment une abondante desquamation sur tout le corps, ce qui, rapproché de la rougeur antérieure, confirme le diagnostic de scarlatine probable ; le malade présente aussi pendant quelques jours de l'albumine dans ses urines. Le 6 juillet, après une injection de sérum, le malade paraît un peu mieux, mais répond avec une très grande difficulté.

Le 11 juillet, l'albumine a disparu. Le malade se plaint depuis quelques jours de douleurs vives dans l'oreille ; un peu de pus dans le conduit. Cette nuit a eu deux épistaxis. Le jour même le malade est envoyé pour consulter dans le service de M. Lermoyez.

Le malade est amené sur un brancard, étant incapable de marcher, quoiqu'il n'ait pas de paralysie de ses membres. L'état de torpeur est toujours très accentué, répond avec difficulté aux questions qu'on lui pose et ses réponses ne correspondent pas aux questions adressées. L'examen de l'oreille donne une surdité nette de l'oreille droite, mais les expériences de l'ouïe ne peuvent être faites à ce moment. Le malade porte la main à son oreille, indiquant qu'il souffre. L'examen objectif trouve, dans le conduit, du pus épais, fétide. Le tympan est rouge, bombé, on y trouve une perforation insuffisante. Paracentèse très large, lavage et glycérine phéniquée.

Quelques jours après, le malade revient dans le service toujours sur un brancard, mais il est moins somnolent, répond beaucoup mieux aux questions. L'amélioration a du reste frappé tout le monde dans le service de M. Brissaud. Beaucoup de pus dans le conduit, mais perforation suffisante, tympan moins bombé. Le malade revient ainsi amené sur le brancard trois ou quatre fois à quelques jours d'intervalle. Après, il vient tout seul, sans être transporté. Son état s'est grandement amélioré, il ne va plus sous lui, a conscience de ses actes, et répond plus facilement et plus exactement aux questions qu'on lui pose. Dans l'oreille, la sécrétion a diminué, le tympan paraît moins rouge et présente une petite perforation antéro-inférieure. Alcool boriqué dans l'oreille. L'amélioration des phénomènes mentaux marche de pair avec les phénomènes auriculaires. Recommence son travail de garçon boucher à la fin d'août. Le 9 septembre, on revoit le malade, il parle sans difficulté, sans chercher ses mots, mais ne se souvient plus de tous les faits passés. L'examen de l'oreille droite montre un tympan normal, sauf un peu de rougeur du manche du marteau.

L'audition à ce moment est la suivante : la montre est entendue à droite à 30 centimètres et à gauche à 40 centimètres. Le Weber est égal des deux côtés, le Rinne est positif des deux côtés ; par conséquent, transmission osseuse parfaite, donc rien de labyrinthique.

OBSERVATION VIII (in extenso)

D'après Albert ROBIN. — Thèse citée p. 111.

Brown Séquard fut appelé auprès d'un malade qu'on croyait atteint de *paralysie générale*. En percutant le crâne, il déterminait une vive douleur au niveau de l'apophyse mastoïde, puis l'attention étant attirée sur ce point, on reconnut l'existence d'une collection purulente, dont l'ouverture amena la disparition complète de cette pseudo-paralysie générale.

B. — *Observations de manie aiguë.*

Nous retrouvons aussi les diverses variétés de la manie, depuis l'excitation maniaque (obs. IX) jusqu'à la manie aiguë vraie (obs. X, XI, XII). Cette dernière n'apparaît que d'une façon intermittente, par crises, dans l'intervalle desquelles le malade redevient normal.

OBSERVATION IX (in extenso)

SCHÜLE. — Handbuch der Geisteskrankheiten. Leipzig, 1878, p. 296.

Homme, 29 ans, militaire, bien doué sous le rapport intellectuel et sans antécédents héréditaires, n'a eu comme maladie antérieure à ses troubles psychiques, qu'un écoulement

d'oreille survenu à l'âge de 2 ans, à la suite d'une scarlatine, et qui lui a laissé une certaine diminution de l'ouïe. Ce jeune homme, qui menait une vie assez agitée, fut pris un jour d'une *grande surexcitation intellectuelle* avec symptôme de la *folie des grandeurs*. Cet état dura deux mois environ, pendant lesquels les mêmes phénomènes persistèrent, avec une pneumonie intercurrente.

Au début du troisième mois, il se fit par l'oreille un écoulement purulent, fétide et abondant ; le tympan était perforé. Le soir du même jour, le malade se montra plus libre et pour la première fois posa des questions intelligentes. A partir de ce moment les troubles intellectuels disparurent tout à fait. Après moins de deux mois, le sujet put quitter l'établissement où il était soigné, dans un état de guérison complète. Un an plus tard, la guérison se maintenait toujours.

OBSERVATION X

V. URBANTSCHITSCH. — Traité des mal. de l'oreille. Traduction de R. Calmettes. Paris, 1881, p. 447.

Un jeune homme, que je traitais pour une otite moyenne suppurée, et que l'on m'avait dépeint comme très bon et d'un tempérament calme, éprouvait de temps en temps une *sensation de pression* avec douleurs modérées dans les oreilles. Pendant les accès, il devenait ordinairement très excitable et entraînait dans des accès de fureur. Aussitôt que les symptômes auriculaires avaient disparu, le malade redevenait tranquille.

OBSERVATION XI (in extenso)

BOUCHUT. — De l'otite et du sulfate de quinine dans les névroses mentales et convulsives de l'enfance par lésion de l'oreille. (*Gaz. des Hôpitaux*, 19 nov. 1878.)

La nommée B., âgée de 10 ans, entrée le 14 mai 1871 à

l'hôpital des Enfants malades, service de M. Bouchut, salle Sainte-Catherine, lit n° 1, est malade depuis trois mois. Elle est atteinte de très fortes douleurs de l'oreille droite, accompagnées d'un écoulement purulent. Au dire des parents, cette enfant a été prise, depuis la même époque, d'accidents nerveux, qui, rares d'abord, se sont multipliés de façon effrayante depuis quelques jours. Dans ces crises (toujours d'après les parents), la malade devient pâle, les yeux restent ouverts. Elle s'agite et crie, mais il n'y a pas de perte de connaissance. Pas d'incontinence d'urine ou de matières fécales. Bon appétit, jamais de fièvre. Pas de maladie antérieure. L'écoulement d'oreille a disparu.

Dès le lendemain de son arrivée, l'enfant a été prise d'une crise violente, qui a duré plus de vingt minutes. Pendant tout ce temps, d'après la religieuse du service, elle a poussé de véritables hurlements, comme un chien, cherchant à mordre et à déchirer tout ce qui l'entourait. Il a fallu plusieurs personnes pour la contenir. Bromure de K, 3 grammes par jour.

20 novembre. — Après s'être bien portée depuis cinq jours, l'enfant a été prise d'un nouvel accès, mais incomplet cette fois. La malade s'est tout à coup enfoncé la tête dans son oreiller, poussant quelques plaintes de temps à autre. Lorsqu'on lui parlait, elle s'agitait avec une sorte de fureur, repoussait violemment son interlocuteur, disait *qu'on l'ennuyait, qu'elle n'était pas malade*, qu'elle avait envie de dormir. Elle s'est endormie bientôt, en effet, pour se réveiller bien portante au bout de quelques heures. Elle ne se rappelle pas ce qui s'est passé.

Hydrate de chloral, 3 grammes par jour, en une seule fois, dans 80 grammes d'eau sucrée.

24 novembre. — L'enfant a été prise d'une crise terrible, semblable à la première, mais d'une durée ayant dépassé une heure. Elle a été très difficile à maintenir. Elle était, dit la religieuse, comme une enragée, voulant mordre, criant, se débattant avec une violence inouïe. A la suite de cet accès,

sa raison est restée troublée pendant quelques heures. Elle prononçait des paroles incohérentes, riant et criant sans motif et en proie à un véritable accès de folie.

Hydrate de chloral, 3 grammes en une fois.

25 novembre. — Nouvelle crise plus violente, nécessitant l'anesthésie au chloroforme. En dehors des attaques, la santé est bonne, l'appétit excellent et les digestions régulières.

6 décembre. — Les accès se renouvellent de deux à trois fois par semaine. Ils ont toujours le même caractère et on s'en rend toujours facilement maître avec le chloroforme.

10 décembre. — Sulfate de quinine, 1 gramme tous les jours.

26 décembre. — Ce que n'a pu faire le KBr et le chloral a été fait avec le sulfate de quinine, à la dose de 1 gramme par jour.

Elle en prit 18 grammes en tout. A partir de ce moment, les crises ont diminué, et aujourd'hui l'enfant n'a plus d'accès, ni la moindre menace d'accès. Elle se lève, se promène, mange, boit et joue comme les autres. Elle paraît absolument guérie. *Depuis deux jours, l'écoulement de l'oreille a disparu.*

Exeat, 10 février 1878. Guérison.

OBSERVATION XII (Résumée).

L. VACHER. — Note sur un cas d'otite moyenne double avec accidents cérébraux. (*Revue de laryngologie, d'otologie, etc.*, 15 juin 1895; communication faite à la Société française d'otologie, mai 1895.)

Homme, 26 ans. Présente assez brusquement des symptômes violents d'otite moyenne aiguë droite, qui nécessite une paracentèse le jour même. Malgré la persistance de la perforation, les douleurs reparaissent, atroces, le lendemain et provoquent un *accès de délire furieux*, qui dure quatre heu-

res, et pendant lequel plusieurs hommes sont nécessaires pour contenir le malade. Après trois jours de faiblesse extrême, nouvel accès moins violent. Etat stationnaire pendant huit jours, avec *bourdonnements violents, vertiges*, acuité très diminuée, mais sans suppuration et sans fermeture de la perforation tympanique. Au bout de ces huit jours, nouvel accès de délire furieux, entrecoupé de coma, qui dure sept heures, sans phénomènes méningitiques ; entre les accès, forte douleur dans l'oreille droite.

A la suite, par le traitement, amélioration sensible des sons auriculaires et psychiques, lorsqu'il se produisit, un mois après, des signes de mastoïdite. La trépanation de la mastoïde ne fit pas découvrir de collection purulente, mais amena, comme par enchantement, la cessation des phénomènes cérébraux et des phénomènes otitiques.

Quelque temps après il se produisit une nouvelle crise de délire, mais lié cette fois-ci à une otite aiguë légère à gauche. Le tout guérit très rapidement par le traitement.

C. — *Observations de mélancolie aiguë.*

Nous en avons réuni 6 observations; nous les séparons suivant que la mélancolie est survenue après les hallucinations homolatérales de l'ouïe (obs. XIII, XIV, XV), ou qu'elle a évolué sans elle, mais avec phénomènes généraux (obs. XVI, XVII, XVIII). La pathogénie rend cette distinction absolument nécessaire, comme nous le verrons. Parmi les malades, presque tous présentent d'avantage des phénomènes d'agitation; un seul, celui de Fürstner, offre le tableau de la mélancolie avec stupeur.

OBSERVATION XIII (in extenso)

FÜRSTNER. — Ueber psychische Störungen bei Gehörkranken. (*Berliner Klinische Wochenschrift*, 30 avril 1883; obs. p. 263; communication au 15^e Congrès des aliénistes de l'Allemagne du sud-ouest, Karlsruhe, 21 et 22 octobre 1882.)

Femme R..., paysanne, âgée de 44 ans, est fortement chargée par ses antécédents : la sœur de son grand-père (paternel) était mélancolique, son père également ; un frère et une sœur sont morts il y a quatre ans de tuberculose pulmonaire, après avoir présenté des troubles psychiques ; plusieurs autres frères et sœurs ont eu, jeunes, des convulsions.

La patiente avait elle-même une intelligence assez faible, se montrait d'un caractère bizarre, généralement inquiet et manifestait des craintes puériles vis-à-vis du feu, de l'eau, des couteaux.

Aux alentours de Pâques 1882, son état d'inquiétude habituelle s'aggrava soudainement pendant quatorze jours : absence de sommeil, anxiété, disant qu'elle est possédée du démon qu'elle sent dans la poitrine, qu'elle est ensorcelée, agitation, impulsions au suicide.

Après une amélioration qui se maintint jusqu'à la Pentecôte, apparaît une nouvelle exacerbation, qui obligea à conduire la femme R... à l'hôpital le 14 juin 1882. La malade offrait alors le spectacle d'un *délire mélancolique*, caractérisé par un état de dépression, d'anxiété, avec des idées d'auto-accusation et craintes de toutes sortes (principalement du diable qui la possède) ; elle présente, en outre, des hallucinations auditives.

Jusqu'à la fin du mois, aucune modification importante. Mais, à partir de ce moment, la malade prend une attitude de plus en plus stupide, refuse obstinément de se nourrir, ne parle plus du tout, devient complètement apathique, malpropre, et diminue considérablement de poids.

Vers la fin de juillet, un abondant écoulement de pus se fait tout à coup par l'oreille droite. Dès les jours suivants, la malade se montre plus vive, prend spontanément sa nourriture et redevient propre. Les idées mélancoliques s'atténuent progressivement, l'amélioration s'accroît, la malade reprend de l'embonpoint et, le 3 septembre, elle sort de l'hôpital, conservant sa débilité intellectuelle, mais complètement guérie de ses troubles psychiques. Depuis ce temps, la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION XIV (in extenso)

BOUCHERON. — Folie mélancolique et autres troubles mentaux dépressifs dans les affections otopésiées de l'oreille. (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 14 novembre 1887, p. 759.)

Une jeune fille de 23 ans, sans antécédents connus d'hérédité nerveuse ou de prédisposition, est atteinte depuis dix jours d'une crise de *mélancolie aiguë*, avec hallucinations, illusions de l'ouïe, déraison, perte de connaissance, de troubles affectifs, répulsion pour ses parents, d'insomnie, vertiges, incapacité de marcher et de se tenir debout. Physionomie inspirée, yeux hagards, écoutant ses voix et n'entendant que fort mal la voix de ceux qui lui parlent. Cette diminution importante de l'ouïe était en rapport avec une affection otopésique aiguë de l'oreille (obstruction de la trompe d'Eustache, vide ou absence d'air de la caisse tympanique, compression des nerfs acoustiques par la pression atmosphérique sans contrepoids).

Une insufflation d'air dans les caisses tympaniques, en faisant cesser le vide et en mettant fin à la compression et à l'excitation des nerfs acoustiques, fit cesser immédiatement la surdité et aussi les troubles mentaux, produits par l'excitation du nerf acoustique, irradiée jusqu'au cerveau.

La connaissance revint immédiatement, plus de délire, plus

d'hallucinations, retour à la raison, physionomie calme, parole nette, stabilité et équilibre revenus.

OBSERVATION XV (résumée)

A. PETTAZZI. — Contributo allo studio delle allucinazioni acustiche in rapporto colle alterazioni dell' apparato uditivo periferico. (*Archivio ital. di otol.*, X, 4, p. 385.)

Homme, 44 ans, cultivateur, sans antécédents nerveux ni troubles intellectuels antérieurs, sans lésions auriculaires anciennes, prend, à la suite d'un abcès rétro-pharyngien, une otite aiguë droite, pour laquelle on est obligé de pratiquer une paracentèse, la même journée où l'abcès pharyngien s'ouvre spontanément dans la gorge. Malgré un écoulement considérable par l'otorrhée, le malade garde de la température (39°), et perçoit des bruits incessants dans l'oreille droite et même l'oreille gauche ; bruits *musicaux* (harmonium), puis bruits *de voix* (voix de ses enfants), qu'on lui fait d'abord reconnaître comme purement subjectifs, mais qui, augmentant, l'illusionnent et lui donnent de véritables bouffées *hallucinatoires* (nouvelle de la mort de sa femme, pour laquelle il se lamente et veut partir de l'hôpital). Pendant deux jours il garde en même temps que de la céphalée et de la fièvre, allant à 39°, 39°5, ses hallucinations par moment, s'accompagnant de mélancolie, accompagnée de véritables *accès de délire avec agitation*, à ce point qu'il est parfois nécessaire d'employer la contrainte et d'user de la morphine. Le cinquième jour de son otite, les hallucinations se dissipent peu à peu, et la conscience revient ; les bruits continuent à droite, mais ont cessé à gauche. L'otorrhée persiste encore et laisse de l'abattement général. Puis tout s'améliore progressivement, et le 23, on note la guérison de la surdité et des bruits.

Revu un mois après, guéri.

OBSERVATION XVI (in extenso)

SCHIFFERS. — Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège, janvier 1884, p. 37.

Homme de 66 ans, fondeur en cuivre, d'une intelligence moyenne, sans antécédents héréditaires, mais ayant fait dans le temps des abus alcooliques. Ce malade souffrait d'une affection de l'oreille (catarrhe purulent de la caisse) qui durait depuis longtemps, avait été accompagnée de douleurs vives du côté atteint (gauche) et, à un moment donné, d'une paralysie faciale qui s'était peu à peu dissipée. Les douleurs n'avaient guère cédé qu'après une opération pratiquée au commencement du mois d'août 1882. Cette opération consista dans l'ouverture de l'apophyse mastoïde avec extraction de séquestres. Il s'établit ainsi une nouvelle communication entre l'oreille moyenne et l'extérieur. L'écoulement de pus avait dès lors deux issues, ainsi que le liquide employé en irrigations.

C'est vers le 6 décembre de la même année que le malade commença à présenter des troubles intellectuels avec phénomènes d'excitation et tendances au suicide. Quelques semaines auparavant, il était devenu triste, abattu, porté à la mélancolie. Après avoir vainement essayé de se détruire au moyen d'un rasoir, puis d'un pistolet, il s'était précipité un jour au bas des escaliers ; il eut une légère plaie de la tête, qui guérit en quelques jours. Le 8 janvier 1883, il parvint à échapper à la surveillance de sa famille ; il alla se jeter sous les roues d'une charrette et succomba le 12 du mois, à des lésions multiples du côté des poumons et des côtes.

Nous n'avons pu malheureusement en faire l'autopsie. Seulement nous avons recueilli des renseignements de la fille du malade, qui est institutrice et le soignait avec intelligence. Nous avons appris que l'*écoulement de pus*, au lieu de se faire comme dans les jours suivant l'opération, *laissait au contraire beaucoup à désirer*. Le malade n'aurait présenté

aucun phénomène de méningite cérébrale ; il n'y avait pas de céphalalgie, pas de vomissements, pas de fièvre ; l'appétit était bon, les selles régulières.

OBSERVATION XVII (résumée)

SCHMIEGELOW. — De l'aliénation, des mouvements forcés et autres moyenne. (*Rev. mensuelle de laryng., d'otol.*, VII, 1^{er} août 1897.)

Homme, 55 ans, sans antécédents. Porteur depuis l'âge de 7 ans d'une otite moyenne chronique suppurée bilatérale. Progressivement, dans l'année 1882, un changement s'opéra dans la mentalité du malade. D'ordinaire gai, il devint taciturne, négligea sa famille, ses affaires, puis *s'accusa d'être un voleur*, d'avoir commis des détournements, ce qui était faux. Au mois de septembre, on songea à l'interner : il *voulait se tuer*, parce qu'il pensait être arrêté comme voleur. On s'aperçut à ce moment d'un polype de l'oreille gauche.

L'ablation de ce polype amena l'amélioration de l'état mental ; la gaité revint, mais le malade conservait la peur que sa santé ne fût ébranlée à nouveau, si les polypes venaient à revenir. C'est pour cela que l'auteur eut l'occasion de traiter l'otite chronique suppurée et de savoir l'histoire de la psychose.

OBSERVATION XVIII (in extenso)

BIEHL. — Melancolische Wahnideen als Folge eines otitischen Extraduralabcesses. (7^e réunion de la Société allemande d'otologie, à Wurzburg, les 27 et 28 mai 1908 ; d'après Arch. f. Ohrenheilk., XLV, 1898, p. 128.)

Le patient, un soldat, fut atteint d'une pneumonie catarrhale à la fin d'octobre 1887, pendant laquelle, après trois

semaines, se déclara une otite moyenne aiguë suppurée à droite. Peu de temps après, cette complication était considérée comme terminée.

A partir du 14 janvier 1888, le malade devint triste, de mauvaise humeur, et eut l'idée fixe qu'il devait mourir. Entre temps, l'otorrhée reparut : le tympan était rouge, tuméfié et perforé. Bientôt on s'aperçut d'un gonflement douloureux de la mastoïde, ce qui décida à la trépanation mastoïdienne. Une large fistule conduisit dans la profondeur, et on vida en l'agrandissant deux cuillerées à soupe de pus, sous très forte pression. On se trouva alors en présence de la dure-mère recouverte de granulations et qui était animée de mouvements.

Le succès de l'opération fut remarquable au sujet des troubles psychiques du malade : celui-ci reprit de suite, après sa vie habituelle, répondant parfaitement aux questions qu'on lui posait et ne conservant bientôt plus rien de son idée fixe.

II. — OBSERVATIONS DE PSYCHOSES SYSTÉMATISÉES

Ici toutes les observations se ressemblent : pas de réaction générale, mais des troubles intellectuels purs se greffant peu à peu sur des hallucinations auditives et aboutissant au délire de persécution.

OBSERVATION XIX (résumée)

COZZOLINO. — Contribution à la clinique des folies sensibles acoustiques. (Comptes rendus du 4^e Congrès intern. d'otologie, p. 137, tenu à Bruxelles, séance du 11 septembre 1888.)

Jeune homme présentant des hallucinations de l'ouïe et du délire de persécution, en même temps qu'une otite moyen-

ne catarrhale. La paracentèse, qui fit sortir une grande quantité d'exsudat séreux, fit cesser tous les accidents psychiques, hallucinations et délire.

OBSERVATION XX (in extenso)

J. TOUBERT. — Influence de la cure des otites suppurées sur certaines affections concomitantes. (*Annales des maladies de l'oreille*, mai 1904.)

C... Henri, 28 ans, interné à Villejuif, dans le service de M. Marié, avec le diagnostic d'admission suivant, libellé par M. Magnan le 14 novembre 1902, « dégénérescence mentale avec hallucinations, troubles de la sensibilité générale, idées de persécution, craintes d'empoisonnement, menaces envers sa femme », est évacué au pavillon de chirurgie, dans le service de M. Picqué, pour otite purulente à droite, le 22 novembre 1902.

Deux opérations sont pratiquées par M. Picqué. En novembre, évidemment pétro-mastoidien : éburnation du mur de la logette, qu'on ne peut faire sauter en totalité ; curettage de la caisse : beaucoup de fongosités. Le 18 janvier 1903, réopération par la fistule postérieure : grattage, curettage, drainage postérieur très large. Le 3 février, je vois ce malade, que j'opère avec la bienveillante assistance de MM. Picqué et Dagonet. Incision classique.

Décollement du pavillon et du conduit. Repérage de l'aditus par le protecteur de Stacke, introduit dans la caisse. Agrandissement de la cavité mastoïdienne ; ouverture d'une cellule profonde, abrasion à la gouge et au maillet de la moitié supérieure du bord supérieur du conduit osseux. Quelques spasmes du facial pendant l'opération, mais pas de paralysie immédiate, c'est-à-dire au réveil. Le lendemain, parésie, le surlendemain paralysie faciale complète, qui reste stationnaire, puis diminue ; à la sortie du pavillon, le 25 mars, les mouvements ont reparu dans les muscles de la lèvre et de la

joue ; l'orbiculaire des paupières reste paralysé, l'œil entr'ouvert et les plis du front effacés. Deux mois plus tard, M. Picqué revoit le malade à Villejuif, guéri de sa paralysie.

Quant à l'état mental, il est allé en s'améliorant progressivement et régulièrement. A titre d'essai, le malade a été mis d'abord pendant trois mois en liberté provisoire, puis l'internement a pris fin définitivement en novembre 1903, ainsi qu'en témoigne un certificat de sortie du D^r Marie, libellé dans les termes suivants : « Débilité mentale accentuée ; idées vagues de persécution par bouffées intermittentes. Ce malade amélioré a bénéficié d'un congé d'essai de trois mois sans inconvénient ; une intervention chirurgicale ayant modifié heureusement son état hallucinatoire, il y a lieu de le porter sortant. »

Au commencement de 1904, M. Picqué a reçu, dans son service, la visite de remerciement de ce malade, qui continue à rester guéri au point de vue mental.

Enfin, nous rapportons une dernière observation qui ne peut être classée, car elle ne donne pas de détails précis sur les troubles psychiques.

OBSERVATION XXI (in extenso)

DOUTREBENTE, d'après Alb. ROBIN. — Des affections consécutives aux lésions non traumatiques du rocher et de l'appareil auditif. (Thèse d'agrégation, 1883, 2, n° 14, p. 112.)

C'est le cas d'un voyageur de commerce, âgé de 42 ans, qui a fait *deux séjours à l'asile de Blois*, et qui souffre depuis dix ans d'une otorrhée. Ce malade présente ceci de particulier, c'est que le *délire éclate* dès que l'écoulement cesse et que la guérison a déjà deux fois coïncidé avec le retour de l'écoulement purulent par l'oreille.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Puisque nous avons limité les psychoses aux affections aiguës de la caisse et de la mastoïde, l'étiologie ne peut nous fournir ici que des renseignements de statistique.

Nous n'établirons le pourcentage ni du sexe, ni de l'âge, mais nous ferons observer toutefois que l'enfance est représentée par deux malades seulement, de 6 à 10 ans, et que ceux-ci ont présenté tous deux des psychoses avec agitation et symptômes généraux : confusion mentale dans un cas, accès maniaques dans l'autre.

Quant à la phlegmasie aiguë il faut distinguer l'état antérieur de l'oreille. On se trouve en présence soit d'otites aiguës primitives, soit de poussées inflammatoires nouvelles, avec ou sans rétention, dans le cours d'une otorrhée chronique. Les premières ont été simples (Boucheron, Vacher), exsudative (Cozzolino), purulentes (Gellé, Catlett, Stanculéanu, Biehl, Pettazzi). Quant aux réchauffements des otites anciennes, ils se traduisent de diverses façons : tantôt l'écoulement a diminué (Urbantschitsch, Schiffers, Schmiegelow), ou s'est arrêté (Bouchut, Doutribente) au début de la psychose, et celle-ci guérit avec le retour de l'otorrhée; tantôt les troubles psychiques ces-

sent tout d'un coup en même temps qu'apparaît un écoulement douloureux d'oreille, et on apprend par le malade ou par l'auriste qu'il existait depuis longtemps une otorrhée chronique (Bouchut, Schüle, Fürstner); tantôt enfin, c'est une mastoïdite qui révèle le réchauffement d'une otite, à laquelle ni le médecin, ni le malade ne songeaient (Rhyss Williams, 2 cas de Toubert).

Nous aurions pu ajouter aux psychoses dans les otites moyennes aiguës, les 4 seules observations que nous ayons trouvées de psychopathies dans les otorrhées chroniques sans poussée inflammatoire nouvelle : une suppuration ancienne peut, tout aussi bien qu'une phlegmasie aiguë, créer un foyer d'infection pour le malade, et les vésanies présentées ont un fond pathogénique commun, à savoir l'intoxication de la cellule cérébrale; mais la première a laissé des lésions chroniques cicatricielles dont l'action devient prédominante pour former le délire, et ce fait doit plutôt réunir sur ce point aux otites chroniques sclérosantes les otites chroniques suppurées. Nous ne ferons donc que citer, pour les éliminer, les observations de Koeppé (1) (mélancolie posthallucinatoire), de Ménière (2) (manie intermittente), de Régis (3) et de Max Buch (4) (délire de persécution).

Pour expliquer la pathogénie de celles qui nous occu-

(1) KOEPPÉ. — Reflexpsychosen nach Ohrenkrankheiten. (*Archiv. f. Ohrenheilk.*, t. IX, H. 4, 8 mars 1875.)

(2) E. MÉNIÈRE. — Observation de délire consécutif à une otorrhée purulente chronique. (*Gazette des Hôpit.*, 24 février 1878.)

(3) E. RÉGIS. — Des hallucinations unilatérales. (*L'Encéphale*, 1881, p. 43.)

(4) M. BUCH. — Ein Fall von acüter primärer Verrücktheit. (*Archiv. f. Psychiatr.*, 1881, Bd XI, p. 465.)

pent, il faut distinguer les psychoses consécutives à des hallucinations auditives et celles, ordinairement généralisées, où les troubles évoluent sans hallucinations.

Les premières paraissent quelquefois avoir une pathogénie plus simple que l'intoxication cérébrale. Le malade est sujet, tout d'abord, aux bruits auditifs, puis il se crée du même côté, par le mécanisme bien connu qu'ont entrevu Baillarger et précisé Ballet, Régis, Koeppé, Séglas, Bechtereff, des hallucinations auditives homolatérales. Ces fausses perceptions verbales de l'ouïe n'entraînent pas cependant à elles seules la psychose. Parmi les hallucinés de l'ouïe, certains ne croient nullement à la réalité des voix qu'ils entendent; ou, s'ils sont dupes un instant, ils se ressaisissent bientôt, et demeurent en réalité conscients de leurs troubles sensoriels. D'autres, au contraire, sont impressionnés d'emblée ou peu à peu, d'autant plus vite que les hallucinations deviennent plus fortes et qu'elles fixent dans leur esprit une idée de tristesse ou de persécution.

Certaines observations démontrent clairement la succession des faits. Dans le cas de Petazzi (obs. XV), les bruits deviennent musicaux, puis ressemblent à la voix des enfants du malade. Ce dernier se rend tout d'abord compte que ceux-ci ne peuvent être près de lui; ses voisins lui font comprendre que la cause de ses erreurs est son oreille malade. Comme les mêmes voix lui annoncent le lendemain la mort de sa femme, il se lamente, s'agite, en dépit des paroles rassurantes qui n'ont plus aucun effet; il faut, pour le calmer, que le médecin lui-même lui affirme le soir avoir vu sa femme en bonne santé, et l'assure de la fausseté des voix. Malgré cela, les idées mé-

lancoliques et l'agitation reviennent avec les hallucinations et résistent dès lors à tout argument.

Les hallucinations auditives ne créent que deux sortes de psychoses : la mélancolie et le délire de persécution. Suivant, probablement, les antécédents héréditaires ou personnels du malade, ce dernier a des fausses perceptions tristes ou des voix qui le persécutent; il fait, d'après le mode de sa réaction particulière, de la mélancolie ou du délire de persécution.

Cette façon de réagir reste obscure dans son mécanisme. Toutefois, en considérant les antécédents des malades dont nous rapportons les observations, elle semble assez logique. Dans les 2 cas de délire de persécution, ces renseignements ne sont pas donnés; mais nos mélancoliques qui font leur psychose après des hallucinations possèdent souvent un terrain prédisposant : le malade de Fürstner, par exemple, avait des mélancoliques parmi ses parents et se montrait d'un caractère généralement inquiet, manifestant des craintes puériles vis-à-vis de l'eau ou du feu.

Cette pathogénie n'est d'ailleurs pas spéciale aux troubles psychiques que nous étudions; nous appliquons aux affections aiguës de la caisse les idées émises à propos des psychoses qui suivent les otites chroniques moyennes sèches. L'intermédiaire est le même : le bourdonnement, surajouté à la diminution ou la suppression des impressions auditives extérieures.

Toutefois, pour les otites qui nous intéressent, on ne peut pas appliquer cette pathogénie locale à l'exclusion de la pathogénie infectieuse. Dans ces cas, la fausse perception de l'ouïe n'a pas, à elle seule, créé les accidents psychiques; si elle en reste un facteur important, les si-

gnes généraux, fébriles, pourraient faire entrer les troubles mentaux ci-dessus dans le groupe suivant des vésanies sans hallucinations antérieures et d'origine purement infectieuse.

Plus univoque semble la pathogénie des psychoses aiguës généralisées — manies, confusions mentales, et certaines mélancolies — qui ne succèdent pas à des bruits hallucinatoires. Dans toutes, nous trouvons comme cause apparente soit une otite aiguë, soit une poussée aiguë avec rétention dans une otorrhée chronique. La terminaison des symptômes psychiques par la guérison de l'otite, par l'apparition d'une mastoïdite qu'on trépane, ou simplement par le retour d'un écoulement purulent, paraît démontrer qu'il s'agit dans tous ces cas d'un même mode pathogénique.

Les premiers auteurs les prirent tout d'abord pour des troubles réflexes, semblables aux convulsions que provoquent les corps étrangers. Urbantschitsch classe ainsi l'observation que nous avons prise dans son traité ; Koeppe donne aussi une grande importance à l'irritation du plexus nerveux de la caisse, et, pour lui, c'est le trijumeau qui joue le principal rôle dans l'évolution de ces psychoses. Cette pathogénie paraît actuellement illogique et doit, pensons-nous, être rejetée.

Il en est de même de la compression du labyrinthe par les liquides de la caisse et de l'excitation consécutive des terminaisons nerveuses acoustiques, pathogénie soutenue par Albert Robin et presque tous les observateurs à sa suite. On ne voit pas comment cette excitation, même intense, pourrait provoquer des troubles psychiques, autrement que par mécanisme des bruits subjectifs et des

hallucinations auditives, ainsi que nous l'avons expliqué plus haut; en dehors de ces cas, la compression n'a pas d'influence.

Nous éliminerons également les lésions organiques des méninges ou les abcès cérébraux. Si le diagnostic est difficile à établir, il n'en reste pas moins sûr que la guérison absolue du malade consécutive à la guérison de l'otite doit ôter de l'esprit l'idée d'une complication intra-crânienne comme facteur de la psychose.

Enfin, Bouchut a mis les troubles qu'il a observés sur le compte d'une inflammation du labyrinthe : les troubles fonctionnels porteraient sur l'intelligence au lieu de frapper l'équilibration. Cette conception n'est plus soutenable actuellement, depuis qu'on connaît les symptômes donnés par une phlegmasie du labyrinthe; mais elle est intéressante en ce fait que l'infection de la caisse agit peut-être mieux sur le cortex cérébral après s'être diffusée dans l'oreille interne. Celle-ci se trouverait être l'intermédiaire, comme elle l'est souvent pour les abcès intra-crâniens, entre l'oreille moyenne et la substance cérébrale.

Il nous semble que jusqu'à présent les auteurs n'ont pas suffisamment mis en valeur le rôle de l'infection générale dans la genèse des psychoses liées aux maladies aiguës de l'oreille moyenne.

Le malade porteur d'une affection aiguë de la caisse peut être comparé au typhique, au pneumonique qui font de la confusion mentale aiguë, car il porte comme eux une infection locale et se trouve sous la menace d'une infection générale: il est semblable aussi à celui chez qui évolue, sous l'influence d'une intoxication intestinale, par

exemple, une manie ou une mélancolie aiguë. De fait, la psychopathie généralisée qui atteint dans nos observations le plus grand nombre d'otitiques est la confusion mentale dans ses diverses formes, c'est-à-dire la psychose infectieuse par excellence.

Aussi, voyons-nous, chez tous nos malades, des symptômes généraux accusés accompagner l'otopathie. Pour les phlegmasies aiguës primitives, cela n'a rien de surprenant; mais pour les otites chroniques, ils permettent de donner toute sa valeur à la diminution concomitante ou à la cessation d'un écoulement antérieur. La rétention purulente joue, en effet, un très grand rôle dans l'évolution des psychoses qui nous intéressent, qu'elle se produise au cours d'une otite aiguë ou d'une otorrhée chronique; nous avons mis ce fait en évidence à l'étiologie, et il suffit de lire chaque observation pour s'en rendre compte.

Il nous semble ainsi démontré que les psychoses liées aux inflammations aiguës de la caisse, ayant ou n'ayant pas débuté par des hallucinations auditives, sont essentiellement infectieuses, et qu'elles résultent de l'action directe des toxines microbiennes sur l'écorce cérébrale, chez les individus probablement prédisposés. On trouve chez presque tous les malades des antécédents névro ou psychopathiques; mais, comme les observations sont parfois muettes à cet égard, il nous est impossible de fournir sur ce point des données exactes.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

En considérant à ce point de vue les observations que nous rapportons, on voit qu'on peut grouper les malades en deux catégories : ceux dont l'affection auriculaire était connue, traitée, et pour lesquels le médecin n'avait pas à trouver la cause première, mais à diagnostiquer la nature des troubles consécutifs; ceux, d'autre part, qui présentaient des phénomènes délirants ayant nécessité un isolement ou parfois un internement et chez qui il fallait trouver la lésion de la caisse pour y rapporter la psychose.

Le premier diagnostic intéresse le médecin traitant et n'est pas toujours des plus faciles. Est-on, en effet, en présence de troubles fonctionnels, partant guérissables, ou d'une complication intra-crânienne comportant un pronostic sérieux ? Lorsqu'il s'agit de psychose systématisée ou de mélancolie consécutive à des hallucinations de l'ouïe, évoluant sans fièvre ni phénomènes généraux, la question ne se pose pas. Mais lorsque la psychose est généralisée, d'essence infectieuse, le diagnostic peut être délicat.

Chez l'adulte, il le sera vis-à-vis de l'abcès cérébral,

surtout en présence d'une confusion mentale avec délire onirique, torpeur et symptômes parétiques. La malade de M. Lannois est particulièrement intéressante à cet égard : après une courte période d'agitation, elle présenta, en même temps que des signes de mastoïdite, des phénomènes comateux avec aphasie et paralysie du côté droit; ces derniers ne durèrent que vingt-quatre heures et firent place à un état de confusion mentale caractérisée. Il semble que, seul, le peu de durée des symptômes puisse éliminer le diagnostic de complications intra-crâniennes ; encore faut-il se souvenir qu'on peut voir et qu'on a rapporté des cas d'abcès cérébraux d'origine otique ne donnant comme signes au début que des phénomènes délirants. En pratique, les troubles intellectuels qui surviennent dans le cours d'une otorrhée chronique doivent toujours éveiller l'attention du médecin, même quand ils ont l'aspect de phénomènes purement fonctionnels, car ils sont parfois le premier indice d'un abcès encéphalique; et c'est à ce dernier qu'il faut songer tout d'abord. La céphalée gravative, l'obnubilation prédominant sur l'agitation, le ralentissement du pouls acquerront une valeur considérable dans ces cas difficiles. La *ponction lombaire* enfin, qui pourra montrer une réaction méningée aseptique puriforme ou séreuse, viendra déceler le foyer purulent localisé à l'intérieur du crâne; elle devra être pratiquée systématiquement, car elle donne souvent des résultats insoupçonnables d'après les seules données cliniques.

Toutefois, d'autre part, en présence d'un malade présentant avec un peu d'agitation, sans grande céphalée, des phénomènes nettement délirants de confusion mentale

aiguë, il faut songer que cette dernière peut se montrer toute seule comme complication cérébrale et qu'elle comporte un pronostic bénin pour le malade et l'entourage. D'ailleurs, en pratique, le traitement, tout chirurgical, sera le même au début dans les deux alternatives : on doit, en face d'un cas douteux, savoir faire attendre le résultat de l'intervention première pour affirmer le diagnostic.

Avec la méningite otogène également, la différenciation sera parfois très ardue. Les troubles mentaux sont fréquents dans la méningite ; pour Hutinel (1), on peut voir toutes les variétés de délire, suivant la prédisposition psychique, héréditaire ou personnelle, « qui fait que tel méningitique s'agite comme un maniaque, tandis que tel autre est déprimé comme un mélancolique ». Chez l'adulte, ces phénomènes sont tardifs, moins caractérisés que dans la manie ou la mélancolie vraie, et passent au second plan en face des autres symptômes méningés. Mais chez les enfants qui, au début de leur méningite, ont des réactions très vives, l'examen devient embarrassant, d'autant plus que l'idée de méningite s'impose plus facilement chez eux à l'esprit des parents et du médecin. Les observations que nous rapportons de Gellé et de Bouchut sont bien faites pour montrer combien la question peut être complexe.

Ces auteurs ont éliminé la méningite sur ce fait que les malades n'avaient pas présenté les symptômes classiques de la période d'état et qu'ils avaient guéri. Nous ne pouvons plus actuellement raisonner ainsi, et séparer le

(1) V. HUTINEL. — Méningites aiguës, (Traité de méd. de Brouardel et Gilbert, t. IX, p. 272.)

méningisme de Dupré de la méningite vraie mortelle. La ponction de Quincke a complètement remanié ce chapitre de pathologie. Elle a permis, en effet, d'étudier la nature et l'intégrité des éléments cellulaires que contient le liquide céphalo-rachidien, ainsi que l'existence ou non de bacilles pathogènes par l'examen direct, la culture et l'inoculation. D'après la limpidité du liquide on distinguait d'abord les méningites séreuses des purulentes; la recherche des bactéries fournit ensuite une division plus juste entre les méningites séreuses ou purulentes microbiennes et les méningites d'aspect séreux (méningites séreuses de Concetti) ou purulentes (état méningé puriforme de Widal) mais amicrobiennes; dans ces dernières Widal montra récemment que les polynucléaires gardaient leur intégrité.

Tous ces faits ont permis une double évolution. On s'aperçut en premier lieu que de nombreux malades étaient en réalité des méningitiques, malgré le peu de symptômes qu'ils présentaient et malgré leur guérison rapide. En second lieu, on fut obligé de constater que certaines méningites séreuses ou purulentes et reconnues microbiennes guérissaient aussi. Aujourd'hui la guérison et la curabilité des méningites otogènes est chose acquise : il suffit de lire les observations probantes publiées par de nombreux auteurs, réunies dans l'excellente thèse de P. Gauthier (1), inspirée par M. le professeur Lannois, et dans le rapport lumineux de Lermoyez (2) au dernier Congrès international.

(1) P. GAUTHIER. — Guérison et curabilité des méningites aiguës. (Th. de doctorat, Lyon, juillet 1908.)

(2) M. LERMOYEZ. — Le diagnostic de la méningite aiguë otogène. (*Annales des mal. de l'oreille*, etc., avril 1909.)

En présence de ces nouvelles données, on comprendra combien le diagnostic entre la méningite otogène et les psychopathies liées aux affections aiguës de l'oreille moyenne devient parfois difficile. La ponction lombaire seule peut nous donner la certitude, et sera par suite obligatoire. Sicard a fourni les indications suivantes pour distinguer le liquide céphalo-rachidien altéré par la méningo-encéphalite séreuse collatérale périotique (Lermoyez) : on verra se former un mince voile fibrineux, sorte de toile d'araignée, après quinze à dix-huit heures de repos du liquide conservé aseptiquement; enfin, on recherchera le sucre rachidien, car la diminution et surtout l'absence de glucose est incompatible avec l'intégrité des méninges.

Toutefois, si nous désirons voir pratiquer plus souvent la ponction lombaire, devons-nous dire que les cas où les symptômes cliniques restent discutables sont plutôt rares. Dans toutes nos observations, sauf deux, justement celles de Gellé et Bouchut, qui ont trait à des enfants, les phénomènes psychiques de confusion, de manie, de mélancolie, de délire systématisé, ont apparu et évolué d'une façon trop franche pour qu'on puisse émettre à leur sujet le moindre doute. Pour les deux autres, la discussion resterait stérile, et il vaut mieux, croyons-nous, les accepter telles qu'elles sont présentées.

Le deuxième diagnostic, celui de la cause auriculaire des troubles psychiques, a presque toujours été porté par le médecin du service où le malade a été isolé (Régis, Koeppe). Parfois, le hasard seul fut le *Deus ex machina* : on s'aperçut que la psychose guérissait soit avec le retour

d'un écoulement d'oreille, que le malade annonçait alors comme chronique et tari au début de sa maladie (obs. Fürstner), soit avec l'apparition d'une mastoïdite dont la trépanation amenait la guérison des symptômes délirants (2 obs. de Toubert, obs. Brown-Séquard, Rhyss Williams). Dans le cas de Brown-Séquard, le malade était même considéré comme une paralytique général, et il est probable qu'on avait porté à son sujet un pronostic définitif.

Ceci nous amène à soulever une question intéressante en pratique et dont l'importance dépasse l'étude des psychoses qui nous occupent. Tout malade, avant d'être interné définitivement dans un asile, est surveillé pour voir si sa folie est symptomatique d'une affection viscérale ou d'une infection. Il importe aussi, dans les vésanies fébriles dont la cause n'est pas reconnue et dans celles où le malade a des hallucinations auditives, de pratiquer systématiquement l'examen otologique. Les observations que nous avons rapportées sont bien faites pour convaincre de la nécessité de cette inspection; personne, à notre connaissance, n'a suffisamment mis en relief l'importance de cette dernière. Nous sommes persuadé que l'on pourrait peut-être guérir définitivement des aliénés qui seraient susceptibles d'un internement.

CHAPITRE V

ÉVOLUTION — PRONOSTIC — TRAITEMENT

Toutes les psychoses que nous avons rapportées ont été aiguës et ont guéri. C'est même, croyons-nous, dans ce pronostic favorable que réside l'intérêt de ces troubles psychiques. Quant à leur durée, diverse suivant la variété de psychopathie présentée, et surtout suivant l'instauration plus ou moins rapide du traitement auriculaire, elle a été de vingt-quatre heures ou quelques jours pour les otites aiguës à quelques mois pour les malades qui avaient été internés : chez ces derniers, la psychopathie est restée au maximum de six à sept mois.

Un point intéressant serait de savoir quelle influence acquiert, pour l'avenir intellectuel du malade, l'existence de ces psychoses. Les observations que nous avons montrent bien que la guérison a persisté quelques semaines ou quelques mois après la fin des accidents, mais nul auteur ne donne des renseignements éloignés. Cette question des reliquats demeure ainsi encore à l'étude.

Il semble, toutefois, que les malades porteurs de bruits subjectifs et d'hallucinations auditives, même conscientes, soient plus sujets que les autres à des récidives, parce

qu'ils conservent ce qui a été l'intermédiaire entre leur affection de l'oreille et leur psychose, c'est-à-dire les hallucinations. Survienne une maladie générale, il est probable que ces vésaniques anciens feront à nouveau des accidents psychiques.

Quant au traitement, il sera dans la plupart des cas assez réduit. Il s'adresse à la fois à l'oreille qui est la cause et aux phénomènes psychiques.

Pour l'oreille, si l'on est en présence d'une otite aiguë, on se souviendra que le facteur essentiel de l'intoxication est la rétention purulente. Les troubles mentaux s'accompagnent ordinairement de douleurs, de fièvre, d'insomnie, indications habituelles de la paracentèse; celle-ci doit être pratiquée d'urgence afin de provoquer un large écoulement du pus. L'otorrhée viendra le plus souvent calmer la psychose.

Si malgré une perforation tympanale assez large, les symptômes intellectuels continuent ou si la vésanie apparaît en même temps que diminue ou cesse l'écoulement antérieur; si, d'autre part, il s'agit d'une poussée aiguë de réchauffement dans une otite nettement chronique, la paracentèse n'est plus suffisante. Il faudra trépaner la mastoïde et drainer l'antre pour être sûr que le foyer purulent ne reste pas en vase clos. La trépanation mastoïdienne sera d'ailleurs le premier temps d'une intervention plus sérieuse, dans le cas où les phénomènes délirants céderaient la place à des symptômes de complication intracrânienne.

Enfin, la ponction lombaire qui doit servir à établir le diagnostic peut être également considérée comme un moyen thérapeutique. Elle pourra calmer la céphalée, et,

en diminuant la pression céphalo-rachidienne, diminuera la tension intralabyrinthique, cause occasionnelle des hallucinations auditives. Peut-être, d'autre part, aura-t-elle le rôle d'une saignée pour éliminer une partie des toxines qui imprègnent le cortex cérébral.

Contre les troubles vésaniques, le traitement sera le même que dans les psychoses infectieuses. L'isolement avec surveillance, le repos absolu au lit seront le fond du traitement. Certains auteurs ont préconisé divers médicaments : en plus du chloral et du bromure donnés habituellement par la bouche ou en lavement, Bouchut a vanté le sulfate de quinine, auquel il attribue la guérison de son malade. Il vaut mieux ne pas être aussi affirmatif, et s'occuper plutôt de traiter l'affection auriculaire.

Le meilleur serait évidemment de pratiquer le traitement de cette dernière avant l'apparition des troubles mentaux. Cette prophylaxie n'aura de valeur que du jour où la pratique médicale et les malades montreront moins de laisser aller vis-à-vis d'une suppuration de l'oreille. Tout au moins faut-il souhaiter, en terminant, voir pratiquer très rigoureusement l'examen otologique et le traitement auriculaire avant l'internement d'un vésanique.

CONCLUSIONS

I. — Il existe des psychoses liées à des affections aiguës de la caisse et guérissant définitivement avec elles.

II. — Elles doivent être divisées en deux groupes :
1° les psychoses généralisées dont la plus fréquente est la confusion mentale aiguë, les autres étant la manie et la mélancolie aiguës; 2° les psychoses systématiques, sous forme du délire de persécution, plus rares que les premières.

III. — Leur pathogénie est essentiellement infectieuse, ressemblant, en cela, à celle des psychoses des infections générales. De plus, quelques-unes d'entre elles (certaines mélancolies et tous les délires de persécution), sont également conditionnées par des hallucinations auditives unilatérales qui les précèdent.

IV. — Il est souhaitable que des vésaniques de cette nature ne soient pas internés; pour cela, il importe, dans les formes fébriles dont la cause n'est pas reconnue, de pratiquer l'inspection otologique avant l'admission dans un asile.

VU :

VU :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Le Président de la Thèse,
LANNOIS.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 11 novembre 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

